Lane Medical Library

Aus der II. Univ.-Klinik für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe
zu München. / Direktor: Univ.-Professor Dr. Franz Weber

Über einen Fall von vikariierender Magenblutung

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der
Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Max Schneider
approbierter Arzt aus Straubing

1932

Druck L. Mößl, Inhaber: Fritz & Joseph Voglrieder, München Hermann Lingg-Straße 12

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153312_0024

ÜBER EINEN FALL VON VIKARIIERENDER MAGENBLUTUNG.

„Eine durchaus nicht untergeordnete Rolle in dem Kapitel der Magenblutungen spielen diejenigen Blutungen, welche mit der Menstruation im Zusammenhang stehen, Blutungen, welche man bisher als vikariierende bezeichnet hat. Nachdem man lange Zeit diese Art von Haematemesis mit skeptischen Augen angesehen und alle diesbezüglichen Angaben als größtenteils von vorgefaßten Meinungen ausgehend und jeglicher Zuverlässigkeit entbehrend geleugnet hatte, kann jetzt nicht mehr in Abrede gestellt werden, daß sich periodisch wiederkehrende Magenblutungen dieser Art finden."

So schrieb Kuttner, der sich wohl als erster näher mit dieser Art von Bluterbrechen beschäftigt hat, in einer Abhandlung „Ueber Magenblutungen und deren Beziehungen zur Menstruation", erschienen in der Berliner Klinischen Wochenschrift im Jahre 1895.

Unter anderem berichtete er dabei von einer fünfunddreißigjährigen Frau, die bei sonst gesundem Magen seit ihrem 30. Jahre, nachdem sie dreimal geboren hatte, bald zur Zeit, bald an Stelle der uterinen Blutung wiederholt Haematemesis hatte, wobei $^1/_2$ bis $^1/_3$ Liter Blut erbrochen wurde. Die Schwester dieser Frau hatte vikariierendes Nasenbluten und ihre Mutter litt auch an periodischem menstruellen Blutbrechen.

Kuttner führte ferner Fälle an, bei denen keinerlei Anhaltspunkte für ein Ulcus vorlagen, die vik. Magenblutungen hatten ohne daß es zum Blutbrechen gekommen wäre. Hier wurde

das Blut im ausgeheberten Mageninhalt mittels der Guajak-Probe nachgewiesen. Es wurde immer z. Zt. der Periode in meist ausgiebiger Quantität im Magen gefunden.

Aehnliche Erscheinungen wurden in späterer Zeit auch von anderen Autoren beschrieben und es gibt heute wohl niemanden mehr, der diese Tatsachen in Abrede stellt.

Diese menstruellen Magenblutungen sollen, allerdings in nur vereinzelnten Fällen, so beträchtlich werden können, daß sie das Leben der betreffenden Patientin gefährden. So wurde Fischel in einem Falle zur Ausführung der Kastration aus vitaler Indikation gezwungen. Auch Wagner fand einen tödlich verlaufenen Fall von Haematemesis während der Menstruation beschrieben, wobei die Sektion im ganzen Magen-Darmtractus nicht die geringste Veränderung ergab. Solche Fälle kommen, aber wie schon erwähnt, nur äußerst selten vor.

Nach Schäffer versteht man unter vik. Menstruation das periodische Auftreten von Blutungen aus irgend einem Organ anstatt der ausbleibenden oder gleichzeitig mit ihr auftretenden uterinen Blutung. Diese letzte Art, die übrigens am häufigsten vorkommt, bezeichnet Pulvermacher als complementäre Menstruation, die er wieder je nach der Art ihres Auftretens in prä- oder postmenstruelle vik. Blutung einteilt.

In der reinsten Form findet man die vik. Menstruation bei ganz jugendlichen und amenorrhoeischen, noch nie normal menstruiert gewesenen Individuen, complementäre, bei an Oligomenorrhoe und Dysmenorrhoe leidenden Personen. Es können nun die verschiedensten Organe der Sitz vik. Blutungen werden.

Nach Roth kommen dabei die vik. Magenblutungen was Häufigkeit anbelangt in folgender Tabelle an siebenter Stelle:

I. Am häufigsten kommt vik. Nasenbluten vor. Bei der Durchsicht der Literatur fand er 66 Fälle.

II. An zweiter Stelle stehen vik. Blutungen aus Fisteln. Davon sind ihm in der Literatur 40 Fälle begegnet, 35 davon betrafen Fisteln nach gynaekologischen Operationen.

III. An dritter Stelle kommt die Haut als Sitz vik. Blutungen in Betracht. Derartige Fälle fand er 23 erwähnt.

IV. Bildet die Lunge die Quelle vik. Blutungen. 18 Fälle fand er hier beschrieben.

V. Den fünften Platz nehmen die vik. Brustblutungen ein, wovon 11 Fälle erwähnt waren.

VI. Aus dem Mund (Zahnfleisch, Wangenschleimhaut), ferner aus Zahnextraktionswunden und Rachen. 9 Fälle.

VII. Aus dem Magen. 9 Fälle.

VIII. Aus der Blase. 9 Fälle.

IX. Aus dem Ohr. 5 Fälle.

X. Das Auge (Glaskörper Linse und Lederhaut mit seinem Schutzorgan). Diese Form kann sich auch in Glaucomanfällen äußern. 3 Fälle.

XII. Aus Trachea und Luftröhre; solche Blutungen wurden in 2 Fällen beobachtet.

XIII. Aus der Niere. 2 Fälle.

XIV. Aus der Scheidenschleimhaut. 1 Fall.

Da aber natürlich nicht jede Magenblutung zum Bluterbrechen führt und auch aus sonstigen Gründen bei manchen Patienten nicht diagnostiziert werden kann, dürfte wahrscheinlich der Magen als vik. Blutungsstelle eine etwas höhere Ziffer in obiger Tabelle einnehmen.

Leichtere Symptome von Seiten des Magens, hervorgerufen durch die Menstruation sind natürlich viel häufiger und allgemein bekannt. Solche Erscheinungen meist subjektiver Natur sind Appetitlosigkeit, Uebelkeit, Aufstoßen, Erbrechen, Druck in der Magengrube, Heißhunger, Geschmacksparaesthesien, Aversion gegen bestimmte Speisen, zumeist gegen Fleisch und übler Geruch aus dem Magen.

Diese ganzen Beschwerden verschwinden dann nach dem Auftreten der Blutung wie diese, um evtl. sogar einem lebhaften Hungergefühl Platz zu machen.

Diese Tatsachen gaben Veranlassung den Ursachen dieser Erscheinungen nachzugehen.

So gelang es K e h r e r mit Tierversuchen die innige Abhängigkeit des Uterus vom Magen-Darmkanal nachzuweisen. Er zeigte, wie durch die Verdauungssäfte und Verdauungsprodukte die Tätigkeit des Uterus gesteigert wird. Er hielt diese Erschei-

nungen für reflektorisch bedingt und hat auch die Bahnen dieser vom Magen-Darmkanal zum Uterus gehenden Reflexe durch isolierte doppelseitige Durchschneidung der Nerven mit folgender Reizung des Magens oder Darmes untersucht. Die Reflexe laufen durch Splachnicus und Vagus zum Rückenmark. Von hier sollen die erregenden Reflexe durch den N. Pelvicus, die hemmenden durch den N. Hypogastricus zum Uterus gehen. Damit stände dann auch umgekehrt der Uterus in Wechselbeziehung zum Magen-Darmtractus.

Jedoch ist seit langem diese früher allgemein geltende Deutung für die oben erwähnten Erscheinungen des Magens zur Zeit der Menstruation nicht mehr die allein vorherrschende. Als die Lehre von der inneren Sekretion des Ovariums, die so viele Vorgänge im Körper des Weibes in bestechend einfacher Weise erklärte, mehr und mehr das Feld eroberte, wurde jene wieder, vielleicht allzusehr zurückgedrängt. Die Tatsache, daß die bei der Menstruation beobachteten Veränderungen in den weit vom Genitale entfernten Organen (Mundhöhle, Magen, Schilddrüse usw.) den ebenda durch Schwangerschaft hervorgerufenen vielfach ähnlich sind, wenn sie diesen auch an Intensität meist nachstehen, ließen manchen auch für die menstruellen Störungen in jenen Organen die gleiche Grundursache annehmen. — Daß einer Reihe der Schwangerschaftsveränderungen des Organismus eine Aenderung in der inneren Sekretion der Ovarien bezw. des Uterus zu Grunde liegt, ist eine heute schon als sicher anzunehmende Tatsache und so mag auch den menstruellen Störungen zum Teil eine Aenderung, ein plus, ein minus oder vielleicht eine qualitative Aenderung der Ovarialhormone in der prämenstruellen und menstruellen Periode zu Grunde liegen.

Wenn nun auch die Ausscheidung der Produkte der inneren Sekretion die menstruelle Hyperaemie und damit die Menstrualblutung erzeugen, so ist es doch nicht eindeutig erwiesen, daß dadurch allein die menstruellen Magenbeschwerden hervorgerufen werden sollen. Die hohe Bedeutung der inneren Sekretion in ihren Wirkungen auf die physiologischen Vorgänge zugegeben, so wäre es einseitig, neben dieser nicht auch den Nervenreflex zur Erklärung des oben erwähnten Zusammenhanges eine wesentliche Rolle anzuweisen.

So betont u. a. Lenhartz mit Recht, „daß die Ueberleitungen durch die wunderbaren Nervengeflechte und Verbindungen zu wenig gewürdigt werden und daß ihnen doch neben den chemischen Vorgängen eine Mitwirkung zukomme". Ist dieser Weg schon durch den anatomischen Nachweis der Verbindung der Nervengeflechte des Magens und der Genitalorgane aufgedeckt worden, so sprechen noch eine Reihe klinischer Beobachtungen für seine Bedeutung. Was immer die Ursache der Störungen sein mag, zwei Tatsachen sind heute festgelegt: „erstens, daß die sekretorische und motorische Tätigkeit des Magens prämenstruell und menstruell eine Alteration erleidet, zweitens, daß diese bei besonderer Disposition des Individuums zu den bekannten Erscheinungen führt" (Wagner).

Für das Zustandekommen der vik. Magenblutungen hält derselbe Autor eine lokale Disposition für notwendig. So sind bei septischen Erkrankungen menstruelle Magenblutungen beobachtet worden. Kehrer sah ein Mädchen mit tertiärer Lues, bei der im Zusammenhang mit der Periode Blutungen aus einen Gumma Cruris und gleichzeitig aus dem Magen erfolgten. In manchen Fällen, in denen sich keine Magenläsion nachweisen oder an nehmen läßt, mag es sich vielleicht um Platzen kleiner Varicen handeln, wie sie Cahn beschrieb. Das auslösende Moment aber dürfte nach Ansicht der meisten Autoren in der allgemeinen prämenstruellen Kongestion zu suchen sein. Andere reihen diese Fälle wieder unter die bekannten Fälle von Blutbrechen bei Hysterischen und sehen in ihnen eine vasomotorische Neurose. Kuttner nimmt eine durch Nervenreiz bei der Menstruation oder deren Anomalien (Amenorrhoe, Menorrhagien) geänderte Zirkulation und dadurch bedingte Kongestion der Magengefäße an; durch zufällige Störungen, peristaltische Bewegungen des Magens, durch den Reiz der Ingesta könne es dann zur Ruptur der Gefäße kommen.

Kehrer nimmt mit Stiller einen durch das Ovarium, sei es durch den Reiz der Ovulation, sei es durch eine supponierte Aenderung seiner inneren Sekretion während der Menses ausgelösten vasomotorischen Reflex an. Da aber vik. Blutungen nicht selten auch in Fällen beobachtet worden sein sollen, in denen die

Ovarien entfernt, kann diese ovarielle „Reflexneurose“ nicht ganz zu Recht bestehen (Wagner).

Ueber die genauen Ursachen der vik. Magenblutungen bestehen also noch keine übereinstimmenden Anschauungen. Wie Wagner so hält auch Roth in vielen Fällen eine gewisse krankhafte Disposition oder einen locus minoris resistentiae für vorhanden, der dann die Lokalisation der vikariierenden Funktion bestimmt. Z. B. handelte es sich in einem Falle von vik. Nierenblutung um eine Wanderniere. Die Verlagerung der Niere hatte also jedenfalls eine Störung der Zirkulationsverhältnisse oder mechanische Reizung der Nierensubstanz verursacht, die eben einen locus minoris resistentiae abgab.

Nach Roth hätte man sich das folgendermaßen zu erklären: Der menstruelle Prozeß ruft eine Erregung des gesamten Gefäßsystems hervor; bestehen nun nebenbei andere, vom Sexualsystem völlig unabhängige Krankheiten des Organismus, die bereits an und für sich Störungen der Zirkulation, Brüchigkeit und Widerstandslosigkeit der Gefäße in gewissen Provinzen des Körpers bedingen, so wird sich naturgemäß dort eine Hämorrhagie einstellen können, die nun ihrerseits wie jeder Blutverlust zur Zeit der Menstruation eine Schwächung oder ein Versiegen der eigentlichen Menses zur Folge hat. Besonders diejenigen vik. Menses, die bei nervös veranlagten und hysterischen Individuen auftreten, deuten auf Mitwirkung (Reizung) der Vasodilatatoren, wodurch die Gefäße erweitert, nachgiebig und schließlich undicht werden (Krehl und Marchand).

Weiterhin darf nach Roth die vik. Menstruation vielleicht an sich schon als Ausdruck einer Konstitutionsanomalie gedeutet werden. Findet sie sich doch mit Vorliebe mit anderen Konstitutionsanomalien vergesellschaftet; z.B. infantiler asthenischer und phthisischer Habitus mit hämorrhagischer Diathese, Hämophilie, Vagotonie und Vasomotorenneurose bei hysterischer und psychopathischer Konstitution in Sonderheit bei nymphomanischer Veranlagung.

Da nun die vik. Menstruation auch eine Konstitutionsanomalie auf dem Gebiete der Sexualsphäre ist, steht sie naturgemäß auch zu dieser in Beziehung.

So sollen affektbetonte Erlebnisse in dieser Richtung das erstmalige Auftreten von vik. Menstruation hervorrufen können. Z. B. hat Schäffer einen Fall beschrieben, wo bei einem zwanzigjährigen Mädchen nach einer mit rücksichtsloser Brutalität ausgeführter Notzuchtsattake vik. Lungenbluten auftrat. Auch nach schweren Geburten namentlich im vorgeschrittenen Lebensalter sieht man vik. Blutungen auftreten.

Andererseits sieht man wieder durch geregelten Geschlechtsverkehr oder nach Eintritt einer Geburt Besserung oder Verschwinden einer vik. Blutung. Auch körperliche Bewegung verbunden mit seelischer Erregung z. B. beim Tanzen oder Ausüben des Coitus kann eine Zunnahme bestehender vik. Blutungen zur Folge haben. Veränderung der Lebensweise und des Klimas lassen auch oft vik. Blutungen eintreten. Auch die Jahreszeit ist, wie ja auch die reguläre Menstruation von Einfluß; vik. Blutungen können im Winter verschwinden, um bei Eintritt der warmen Jahreszeit wiederzukehren. Manche Personen sind bei körperlicher Ruhe und sorgenfreiem Dasein normal menstruiert, bluten aber vikraiirend, wenn sie körperlich schwer arbeiten müssen oder dem deprimierenden Einfluß von Kummer, Sorge, Liebesgram usw. ausgesetzt sind; auch das psychische Moment des Eintritts der ersten Menstruation und des Beginns der Menopause werden für das Zustandekommen der vik. Menstruation ganz oder teilweise verantwortlich gemacht (Roth).

Hier ergeben sich aber viele Parallelen mit den Blutungen bei funktioneller Neurose von denen Rütimeyer Folgendes berichtet: „Ein sowohl für die Diagnostik wie Prognose und Therapie besonders wichtiges Kapitel der Magenblutungen sind diejenigen auf ‚nervöser' Basis, speziell diejenigen bei Hysterie und Neurasthenie. Daß das Nervensystem auch ohne organische Läsionen auf vasomotorischen und wohl auch trophischen Bahnen Blutungen verschiedener Organe bewirken kann, beweisen die unseren Sinnen direkt zugänglichen Oberflächenblutungen bei Hysterischen: „Blutschweiß, blutige Tränen, Ekchymosen der Haut und der Mundschleimhaut". Man kann dabei das Blut ohne jede Läsion aus der Mundschleimhaut hervorsickern sehen, auch direkt blutiges Drüsensekret in Form von blutigem Speichel sah man aus dem Ductus Whartonii austreten. Ferner sind die bei Hyste-

rischen durch Suggestion erzeugten Hautekchymosen als Analoga zu nervösen Magen- und Darmblutungen anzusehen. Als leichteste Form solcher nervöser Magenblutungen mögen vereinzelnte Fälle genannt werden, wo bei sonst gesunden Menschen unter dem Einfluß einer stärkeren Emotion derartige Blutungen vorkommen, etwa vor einem Examen, einem Vortrag, wie eigene Beobachtungen Rütimeyers bei vor- und nachher absolut magengesunden Individuen zeigten.

Diese von Josserand als Haemosialmesis bezeichneten Magenblutungen kommen vor bei Neuropathischen, meist mit Dysmenorrhoe behafteten weiblichen Patienten. Dabei wird ohne jede Nausea eine rote Flüssigkeit, in der Farbe ähnlich Ratanhia, Stachelbeeren oder Himbeersyrup ausgebrochen. Es ist eine viscöse syrupartige Flüssigkeit, die beim Ausschütten dem Glas ziemlich fest adhaerent ist, nicht koaguliert und beim Stehen im Spitzglase dreischichtig ist und allmählich bräunlich nachdunkelt. „Die eigentümliche Farbe und viszöse Konsistenz dieser leicht ausgebrochenen Masse, welche die Diagnose Hysterie auch ohne daß der Arzt den Patienten zu sehen braucht, mit ähnlicher Sicherheit stellen lassen soll, wie ein Sputum croceum eine Pneunomie", wird erklärt durch das innige Gemisch von Speichel und Blut. Dieses hysterische Blutbrechen soll auch oft periodischen Charakter haben und als relativ sicherstes Zeichen sieht Rütimeyer das gute ja blühende Aussehen, das Fehlen stärkerer Anaemie trotz wiederholter oft reichlicher Blutungen, die solche Patienten oft ganz gemütlich ohne jede psychische Depression hinnehmen, an.

Durch das innige Ineinandergreifen von hormonalen Einflüssen und nervösen Auslösungsursachen, ist also wie die vorhergehenden Ausführungen zeigen, eine eindeutige Angabe über das Zustandekommen derartiger Magenblutungen meist nicht zu machen.

Auf die größtenteils vorhandenen, klaren klinischen Anhaltspunkte für Blutungen bei Karzinom und bei Ulcus ventriculi soll hier nicht näher eingegangen werden. Erwähnt soll nur noch werden, daß in der Mehrzahl der „hormonal" oder „nervös" bedingten Magenblutungen, so auffallend für die Kranken und ihre Umgebung die Erscheinungen auch sein mögen, das Allgemeinbefinden und der körperliche Zustand der Betreffenden im Verhältnis nur wenig gestört sind.

Daher hat auch Hegar für die Therapie allgemein den Leitsatz aufgestellt, daß eine Behandlung der Menstruatio vikaria überflüssig ist, wenn die Gesundheit der betreffenden Frau nicht darunter leidet.

Es gibt jedoch Fälle, in denen Frauen und besonders Virgines bei vik. Blutungen schwer psychisch unter dem Gefühl und Bewußtsein leiden, in sexueller Beziehung gewissermaßen eine Art Monstrosität und Abnormität zu sein. Auch dieser Gesichtspunkt muß daher bei dem Versuch einer Therapie maßgebend sein, zum mindesten muß eine psychische Beeinflussung durch Aufklärung und Beruhigung stattfinden.

Ist nun der Sitz der Blutung der Magen, der einer direkten Einwirkung entzogen ist, so wird man versuchen müssen, die menstruelle Hyperaemie dort zu mäßigen und in den Sexualorganen zu steigern.

So wird z. B. bei starker vik. Magenblutung eine Ablenkung der Blutung auf den Uterus durch heiße Vaginal- und Uterus-Spülungen empfohlen. (Roth).

Intravenös hat man durch Injektion von Pferdeserum, Antistreptokokkenserum und Gelatine (wie bei Haemophilie) gute Erfolge gesehen. Organterapeutisch wurden Thyreoidea und Ovarium-Präparate mit guter Wirkung gegeben.

Der in der Folge geschilderte Fall möge nun beweisen, wie vielgestaltig die Ursachen einer „vik. Magenblutung" sein können, wie vielleicht erst im Zusammenwirken verschiedener Ursachen solche Blutungen entstehen und wie notwendig zur genauen Diagnose und damit zu einer entsprechenden Therapie eine gründliche klinische Untersuchung ist.

Die 38jährige Frau wurde durch ihren behandelnden Arzt wegen besonders starkem Blutbrechen zum erstenmale am 4. 1. 31 in die II. Universitäts-Klinik für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe eingewiesen. Da das Blutbrechen nach der Einlieferung nicht mehr auftrat, wurde die Frau mit dem Hinweis, bei Eintritt des nächsten Blutbrechens wieder zu erscheinen, entlassen.

Am 26. 1. 31 erfolgte die Wiederaufnahme.

Aus der Vorgeschichte der Frau war Folgendes zu erfahren: Schon seit ihrem 15. Lebensjahre litt sie meist im Zusammenhang mit der Menstruation an Magenblutungen. Doch traten diese Blutungen in früheren Jahren nur selten auf. (Die Frau lag tatsächlich vom 4. 6. 09—19. 7. 09 im Krankenhaus I. d. I. unter der Diagnose Ulcus ventriculi. Leider konnte die damals angefertigte Krankengeschichte nicht mehr erhalten werden.)

Erst seit einem Jahre, im Anschluß an eine Auskratzung, tritt dieses Blutbrechen in einem regelmäßigen Zyklus von 4 Wochen immer zur Zeit der sehr schwachen Uterusblutung auf.

Vor Eintritt des Blutbrechens fühlt sie sich schwach und abgeschlagen. Im Munde verspürt sie dabei regelmäßig einen faden süßlichen Geschmack. Das Erbrechen geht leicht, ohne besondere Anstrengung vor sich. Die Menge des erbrochenen ‚Blutes' soll täglich 1—$1^1/_2$ Liter erreichen. (Verfasser dieser Arbeit und der sie behandelnde Arzt konnten sich augenscheinlich in der Wohnung der Patientin von der Richtigkeit dieser Angaben des öfteren überzeugen).

Nach 4—5 Tagen verschwindet dieses Blutbrechen wieder mit dem Unwohlsein. Der Frau fiel auf, daß sie oft während dieser Zeit geschwollene Hände und Füße hatte, dann kam es ihr bisweilen so vor, als ob die Zähne locker sitzen würden. Auch an Nasenbluten leidet sie während dieser Zeit manchmal. Ferner soll die Brust schon verschiedenemale Blut abgesondert haben. Jedoch ist im großen und ganzen trotz dieser lästigen und eindrucksvollen Erscheinungen das Allgemeinbefinden niemals sonderlich gestört. An eine Gewichtsabnahme kann sie sich im Laufe der letzten Jahre nicht erinnern.

Seit einem Jahre befindet sie sich wegen dieser geschilderten Erscheinungen in der Behandlung eines Arztes, der sie am 4. 1. 31, da sich das Blutbrechen unter seiner Behandlung nicht bessern wollte, der Klinik überwies.

An früher durchgemachte schwerere Erkrankungen kann sich die Frau nicht erinnern. 1921 fand eine Tubenunterbindung, angeblich wegen Tuberkulose statt. 1928 war sie zur „Lungenbeobachtung" 14 Tage in der II. Med. Klinik. 8 Schwangerschaften, 3 normale Geburten von 1911—1913/14 (1913 Zange), 5 Fehlgeburten in der Zeit von 1914—1921. Beginn der Menstruation

mit 16 Jahren in regelmäßigem vierwöchentlichen Typ, jedoch in geringer Stärke und von meist viertägiger Dauer. Von Beschwerden dabei weiß sie nichts. Letzte Menstruation am 3. 1. 31.

Der Vater der Patientin starb an Herzwassersucht, die Mutter lebt noch und ist gesund. Ein Bruder starb mit 38 Jahren an einer Lungenkrankheit.

Jeglicher Alkohol und Nikotinabusus sowie Infektio venerea negatur.

Es ergab sich folgender Status präsens:

Mittelgroße gesunde Frau von gesundem Aussehen, Schleimhäute gut durchblutet.

Nervensystem: o. B.

Schilddrüse: o. B.

Herz und Lungen: o. b. B.

Blutdruck: 125/80.

Puls: regelmäßig, gut gefüllt, von normaler Frequenz.

Brüste: schlaff, kein Colostrum.

Leib: weich, in der Blasengegend etwas druckempfindlich. Eine Narbe in der Linia alba unterhalb des Nabels, eine zweite Narbe entsprechend dem Pfannenstiel'schen Schnitt.

Vulva: klafft.

Vagina: weich.

Damm: erhalten.

Portio und Uterus: zylindrisch, Muttermund gespalten, Uterus etwas groß, anteflektiert, nicht druckschmerzhaft, mäßig beweglich.

Adnexe links und rechts: nicht verändert.

Der Tagesbericht der Klinik lautet:

29. 1. 31 Als Vorbote der Periode tritt ca. 2 Stunden anhaltendes profuses Nasenbluten auf.

30. 1. 31 Vormittags klagt die Patientin über Aufstoßen und ‚blutigen' Geschmack im Munde. Sie erhält Clauden per os 10 ccm, zweimal eine Ampulle Agomensin. Darauf zunächst Besserung, bis abends Blutbrechen einsetzt.

31. 1. 31 Dieses Mal 10 ccm Clauden intramusculär. Jedoch ohne wesentliche Wirkung. Starkes mehrmaliges Blutbrechen. Große Mattigkeit, Uebelkeit, leichter Temperaturanstieg. Psychische Erregung. Eine halbe Spritze 2 prozentiges Mf.

5. 2. 31 Nach Abklingen der Erscheinungen, bei denen die eigentliche Genitalblutung nur einen halben Tag dauerte, rasche Erholung. Auf starkes Drängen von Seiten der Patientin erfolgt ihre Entlassung. Es wird ihr jedoch dringend empfohlen sich bei Einstellung des nächsten Blutbrechens zu einer gründlichen Untersuchung wieder in die Klinik zu begeben.

Am 4. 11. 31 wurde nun die Frau von der II. Universitäts-Klinik für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe zur Beobachtung in die I. Med. Klinik, Krankenhaus für innere Krankheiten I. d. I. überwiesen.

Die Vorgeschichte war im wesentlichen dieselbe. Das Blutbrechen stellte sich regelmäßig zur Zeit des Unwohlseins ein. Wegen häuslicher Verhältnisse hätte sie nicht früher erscheinen können.

Da jedoch diesesmal das Blutbrechen bereits 6 Tage anhielte, sei sie gekommen. Erst heute hätte sie zuhause, kurz bevor sie sich auf den Weg zur Klinik machte, noch ca. 1 Kaffeetasse voll etwas helleres ‚Blut' wie sonst erbrochen. Außer einer geringen Müdigkeit und Abgeschlagenheit hätte sie jedoch keine besonderen Schmerzen und es sei sogar Appetit vorhanden.

Es ergab sich folgender Befund:

Mittelgroße, kräftig gebaute Frau mit stark entwickeltem Unterhautfettgewebe, entsprechender Muskulatur und gut durchbluteter Haut und sichtbaren Schleimhäuten. Keine Exantheme, keine Oedeme. Deutlicher Dermographismus.

K o p f: Nirgends druck- und klopfempfindlich. Pupillen reagieren prompt auf Licht und Convergenz. Tonsillen und Rachen o. b. B. Zähne leidlich in Ordnung. Der rechte obere Caninus sitzt etwas locker und beim Bewegen des Zahnes mit dem Holzspaltet fließt eine geringe Menge Blut aus dem Zahnfleisch. Zunge mäßig belegt.

H a l s: Keine Drüsen, keine Struma.

T h o r a x: Gut gewölbter Brustkorb, sehr fettreiche Mammae, geringe Linksscoliose. Während der Atmung gleiche Exkursionen beider Brusthälften. Lungengrenzen an gehöriger Stelle

überall verschieblich. Rechts vorne oben bis unterer Rand der zweiten Rippe und rechts hinten oben bis 1 Querfinger unter die Spina scapulae, eine geringe Dämpfung, die sich bei tiefer Inspiration nur mäßig aufhellt. Durch die Linksscoliose auch auf der linken Seite eine Dämpfung bis zur fossa scapulae nachzuweisen. Hier hellt sich jedoch der Lungenschall bei tiefer Inspiration gut auf.

Ueber der übrigen Lunge überall reiner Klopfschall. An sämtlichen Stellen, auch im Bereich der Dämpfungen reines Vesiculaeratmen.

(Die Röntgenaufnahme der Lunge ergibt alte zyrrhotische Prozesse im linken Oberfeld; verstreute Kalkschatten in beiden Oberfeldern, verstärkte Hiluszeichnung links und rechts. Kein Anhalt für einen frischen spezifischen Prozeß in der Lunge.)

Herz: Die Grenzen nicht verbreitert. Töne rein, gleich stark, keine Accentuation des zweiten Pulmonaltones. A/2 = P/2. RR 120/80. Pulsfrequenz: 72.

Abdomen: Fettreiche Bauchdecken, nirgends eine Resistenz zu fühlen, nirgends druckempfindlich. In der Mittellinie des Leibes von der Symphyse bis zum Nabel reichend eine gut verheilte ca. 1 querfingerbreite Narbe. Leber und Milz percutorisch nicht vergrößert, und nicht palpabel.

Extremitäten: Ueberall in den Gelenken frei beweglich, geringe Pedes plani.

Nervensystem: Sämtliche normale Reflexe leicht gesteigert auslösbar. Keine pathologischen Reflexe vorhanden.

Urin: Mittelgelb, getrübt, sauer.
Alb: 0
Sach: 0
Aldehyd: 0
Diazo: 0
Im Sediment einige Leucozythen und Epithelien. Sonst o. B.
Blutbild:
Hämoglobin: 80 %
Erythozythen: 5,2 Millionen
Leucozythen: 8200, davon sind: stabkörnige: 2, segmentierte: 62, Lymphozythen: 33, Eosinophile: 1, Monozythen: 2.

Das Blutbild zeigt also keine wesentliche Abweichung von der Norm.

In der Zeit des Klinikaufenthaltes vom 4. 11. 31—7. 11. 31 erbrach die Frau noch am ersten Tage unter starkem Würgen ca. $^1/_2$ Kaffeetasse blutigen hellroten, schleimigen Magensaft. Die mikroskopische Untersuchung des Erbrochenen ergab außer Erytrocythen nichts besonderes. Der Magensaft war anacid. Die spektroskopische Untersuchung ergab reines Oxyhaemoglobin. Das Allgemeinbefinden der Frau war gut, sie hatte Appetit und konnte essen.

Eine fraktionierte Magenausheberung am nächsten Tage ergab herabgesetzte Säurewerte. Doch war freie Säure vorhanden. Lab pos. Pepsin pos. Milchsäure negativ.

Die fachärztliche Untersuchung ergab keinen Anhaltspunkt für eine Blutungsquelle aus Nase, Nasenrachenraum und Pharynx.

Guajak-Probe im Stuhl positiv. Die Wassermannreaktion im Blute fiel negativ aus.

Der ausgesprochene Dermographismus und die Art des Leidens veranlaßte die Durchführung einer Kapillarmikroskopie. Sie ergab:

Kapillarbefund am Nagelfalz des 4. linken Fingers:

An Zahl vermehrte ziemlich regelmäßige gestellte Kapillaren von normaler Form, meist Haarnadeln wenig Achterschlingen, nur vereinzelnte stark geschlängelte Formen. Die Kapillaren erscheinen weiter als normal. Die Differenz in der Weite von arteriellem und venösem Schenkel ist nur gering, der arterielle Schenkel demnach erweitert. Die Schaltstücke zeigen nichts Auffälliges. Blutaustritte sind nicht zu finden. An einzelnen Stellen ist der subpapilläre Plexus deutlich sichtbar. Die Strömung in den Kapillaren ist sehr verschieden. An einzelnen Schlingen herrscht vorübergehend Stase, die von einer stoßweisen schnell an- und abschwellenden Strömung unterbrochen wird.

In anderen ist eine langsame bis mittelschnelle kontinuierliche von wenig Plasmalücken unterbrochene kornige Strömung sichtbar. Nach mehrmaliger Unterbrechung des arteriellen Zustromes bei der Arteriolen Funktionsprüfung tritt diese stoßweise Strömung in allen Kapillaren auf und geht nach Anwendung von Wärme

in eine fast komplette Stase in allen Kapillaren über. Die Prüfung der Nachströmungszeit bei Wärme und Kälte ergibt eine normale Kurve, doch erwecken die eben beschriebenen stoßweisen Strömungen und später auftretenden gehäuften Stasen den Eindruck einer Dysergie des Kapillarsystems.

Eine Magenbreipassage hatte folgendes Ergebnis:

Vorfüllung: o. B.

Vollfüllung: hakenförmiger Magen von scharfen Konturen, nicht druckempfindlich, frei beweglich, unterer Pol 2 Querfinger oberhalb Crista. Peristaltik schnürt glatt bis zum Pylorus durch.

Bei Kompression kommt 2 Querfinger vor dem Pylorus ein deutlicher Befund heraus, der auch auf Serienaufnahmen konstant ist. Es zeigt sich ein kleiner Defekt, an der kleinen Kurvatur von ungefähr Erbsengröße, scharf begrenzt, noch deutlicher ist ein Füllungsdefekt von runder Form und Erbsengröße fast an der großen Kurvatur. Neben diesem Füllungsdefekt laufen die Schleimhautfalten ganz glatt durch, sodaß Karzinom sehr unwahrscheinlich ist.

Bulbus: o. B.

Röntgendiagnose: Organische Wandveränderung 2 Querfinger vor dem Pylorus, Karzinom unwahrscheinlich, wahrscheinlich Polypen.

Die Patientin wurde daraufhin bei gutem Wohlbefinden vorderhand aus der Klinik entlassen.

Zusammenfassend tritt also nach den Angaben der Frau ungefähr in der Zeit des Menstruationsbeginnes das Blutbrechen zum erstenmale auf. Sie lag damals wie aus den Büchern des Krankenhauses zu ersehen ist, unter der Diagnose „Ulcus ventriculi“ einige Wochen in der Klinik. Die Krankengeschichte konnte, wie schon erwähnt, leider nicht mehr beigeschafft werden.

Allein die spätere Entwicklung des Leidens und das damalige jugendliche Alter der Patientin sprechen mit größter Wahrscheinlichkeit gegen Ulcus ventriculi.

Wie man von ihr erfahren konnte, war damals das Blutbrechen selten, doch trat es meist auch im Zusammenhang mit dem Unwohlsein auf. Ob aber deshalb auch die Magenblutungen

selten waren, ist, wie aus den Untersuchungen Kuttners zu ersehen ist, noch nicht gesagt, denn darüber fehlen genauere Beobachtungen und Angaben. Was man aber daraus entnehmen kann, ist die Tatsache einer schon früher vorhanden gewesenen Disposition zu extra-genitalen Blutungen während des Unwohlseins.

In den späteren Jahren waren jedoch Erscheinungen dieser Art sehr selten, mit größter Wahrscheinlichkeit überhaupt nicht mehr vorhanden.

Im Jahre 1928, nachdem die Patientin mehrere Geburten und 1921 eine Tubensterilisation durchgemacht hatte, kam sie wieder wegen „Lungenblutungen" zur Beobachtung in die II. Med. Klinik München. Doch konnten damals nach dem Bericht dieser Klinik keine Anhaltspunkte für eine Blutung aus der Lunge gefunden werden. Während ihres 14tägigen Aufenthaltes in der Klinik wurde kein Blutbrechen beobachtet. Da aber auch keine Beschwerden und Erscheinungen von Seiten des Magens vorhanden waren, wurden diese „Lungenblutungen" nach dem Krankenbericht als wahrscheinlich für neurasthenisch und funktionell bedingt angesehen.

Es besteht also auch hier wieder eine Berechtigung zu der Annahme, daß es sich um extra-genitale Blutungen im Zusammenhang mit der Menses handelte.

Erst seit 1930, im Anschluß an eine Auskratzung, steht die Frau wegen vierwöchentlichem zyklischen Bluterbrechen während der Zeit der sehr schwachen Menses in Beobachtung und Behandlung eines Arztes.

Vom 26. 1. 31—5. 2. 31 Beobachtung dieses Blutbrechens in der Gynaekologischen Klinik Münchens. Hier erbricht die Fran an einigen Tagen, bei sehr schwachen menstruellen Blutungen mehrmals Blut. Medikamente (Clauden) werden ohne Erfolg verabreicht. Nähere Angaben über Art und Menge des erbrochenen Blutes fehlen.

Am 4. 11. 31 wird die Frau mit denselben Beschwerden von der Gynaekologischen Klinik in die I. Med. Klinik überwiesen. Dort gibt sie bei der Aufnahme an, daß diesesmal das Blutbrechen länger wie sonst anhielte und daß es jetzt bereits der 6. Tag sei.

Nach dem Tagesbericht dieser Klinik erbricht die Frau noch am Tag der Aufnahme eine halbe Kaffeetasse hellroten, schleimigen Saft, der mit dem sonstigen Aussehen der Patientin sehr an die von Rütimeyer beschriebenen hysterischen Blutungen bei Haemosialemesis erinnert.

Diese Art der Erklärung des Falles hat natürlich sehr viel für sich.

Auch könnte man an eine durch den locker sitzenden Zahn bedingte Zahnfleischblutung denken, noch dazu als das erbrochene „Blut" kein salzsaures Haematin aufwies. Doch es ist bekannt, daß die Säurewerte während der Menstruation sehr niedrig sein können. So fand unter Anderen auch Kuttner die HCL-Funktion bis zum völligen Verschwinden herabgesetzt.

Bezeichnend ist das Ergebnis der Kapillarmikroskopie, welches eine Dysergie des Kapillarsystems ergab, d. h. es besteht bei der Frau eine gewisse vasoneurotische Diathese, die durch das Hinzutreten bestimmter Reize (menstruelle Hyperaemie) sehr wohl die Grundlage derartiger Blutungen werden könnte. In neuerer Zeit wird sogar das Magenulcus als Ausdruck einer vorhandenen vasoneurotischen Diathese zu erklären versucht. Allerdings bedarf es auch hier noch ein Hinzutreten geeigneter Reize, damit sich eine solche Krankheit entwickeln kann. (Ludolf Fischer, Otfried Müller).

Die Magenbreipassage zeigt eine organische Wandveränderung 2 Querfinger vor dem Pylorus, die keinen Anhalt für ein Ulcus gibt, mit großer Wahrscheinlichkeit Karzinom ausschließt und durch die Art und Form der Veränderungen am ehesten als Magenpolypen gedeutet werden können.

Gegen Ulcus und besonders Karzinom spricht nun allerdings auch die Anamnese und der klinische Befund. Die sichere Diagnose von Magenpolypen könnte allerdings nur durch einen Zufallsbefund von erbrochenen oder ausgeheberten Schleimhautresten unterm Mikroskop gestellt werden.

Es muß natürlich zugegeben werden, daß bei dem ersten Auftreten des Blutbrechens im 16. Lebensjahre noch nicht die Polypen als Sitz der Blutung angesehen werden können. Es

brauchen auch damals noch keine profusen vik. Blutungen aus der Magenschleimhaut gewesen zu sein.

Vielleicht war es sogar damals verschlucktes Blut aus Zahnfleisch, Nase, Nasenrachenraum oder Oesophagus. Auf jeden Fall beweisen diese bereits in so jungen Jahren vorhanden gewesenen Erscheinungen eine gewisse Bereitschaft zu extra genitalen Blutungen.

Am ungezwungensten ist wohl dieser Fall als Ausdruck einer complementären vik. Magenblutung auf der Grundlage einer vasoneurotischen Diathese, bei der die oben beschriebenen, sich wahrscheinlich erst später entwickelten Wandveränderungen des Magens als Polypen gedeutet, den locus minoris resistentiae abgeben, zu erklären.

Und damit ergibt sich für den Fall einer akuten Verschlimmerung des Leidens als causale Therapie die operative Entfernung dieses locus minoris resistentiae. Zu erwägen wäre noch bei dem Alter der Patientin, wenn die schon weiter oben erwähnten, mehr symptomatischen Mittel erfolglos bleiben, die Vornahme einer Röntgenkastration.

LITERATUR.

Bab: Ueber menstruelles Nasenbluten und seine organtherapeutische Bedeutung. Mon.-Schr. f. Geburtshilfe und Gyn. Bd. 47.

Cahn: Ueber varicöse Magenblutungen. Münchner Med. Woch.-Schr. 1901.

Fischel: Ein Fall von Uterus rudimentarius bicornis; Molimina menstrualia. Prager Med. Woch.-Schr. 1894/12.

Fischer Ludolf: Die Schleimhäute bei der vasoneurotischen Diathese. 1931. Mit einem Nachwort von Otfried Müller.

Kehrer: Experimentelle Untersuchungen über die Beziehungen des Magendarmkanals zum Uterus. Beiträge zur Geburtshilfe und Gynaekologie. Bd. 13, 1909.

Kuttner: Ueber Magenblutungen und deren Beziehungen zur Menstruation. Berl. Kl. Woch.-Schr. 1895, Nr. 7—9.

Krehl-Marchand: Handbuch der Allg. Pathologie, Bd. 11, Seite 305.

Lenhartz: Die septischen Erkrankungen. Nothnagels Spez. Pathologie und Therapie. 1903, Bd. III/4.

Pulvermacher: 3 Fälle von vik. (complementärer) Menstruation, Zeitschr. f. Gyn. 1916, Nr. 35.

Roth: Ueber vik. Menstruation. Mon.-Schr. f. Geb. und Gyn. Bd. 51/IV.

Rütimeyer: Magenblutungen. Spez. Path. und Therapie innerer Krankheiten (Kraus & Brugsch) Bd. 5.

Schäffer: Ueber vik. Blutungen und ihre forens. Bedeutung. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. Bd. 19/I.

Wagner G. A.: Digestionstrakt (incl. Peritoneum). E. Nothnagel; Spez. Path.

LEBENSLAUF.

Geboren am 9. VIII. 1904 in Straubing als Sohn der Seilereibesitzerseheleute Max und Anna Schneider, trat ich nach vierjährigem Besuch der Volksschule 1914 in die dortige Realschule ein. Darauf besuchte ich von 1920 bis 1923 die Kreisoberrealschule Regensburg und legte 1923 die Reifeprüfung ab.

Vom S. S. 1923 bis S. S. 1926 studierte ich an der Universität München Forstwirtschaft, dann an der Technischen Hochschule München Vermessungskunde und Volkswirtschaft.

Im W. S. 1926/27 immatrikulierte ich mich an der Med. Fakultät München und legte hier nach Anrechnung von 2 Semestern, am Schluß des W. S. 1927/28 das Physikum ab.

Von den 5 klinischen Semestern verbrachte ich das S. S. 1929 an der Universität Erlangen, die anderen 4 Semester in München.

Im Jahre 1930 bstand ich in München das Med. Staatsexamen.

Das praktische Jahr verbrachte ich vom 12. 1. 31 bis 11. 1. 32 an der I. Med. Klinik München.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Universitätsprofessor Dr. Franz Weber für die gütige Ueberlassung des Themas und die Uebernahme des Referates, sowie Herrn Universitätsprofessor Dr. H. Saenger und Herrn Dr. Wehner, Assistenzarzt an der I. Med. Klinik für die liebenswürdige Unterstützung bei der Abfassung der Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.